**市立砺波総合病院　初期臨床研修・病院見学会申込書**

平成28年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | （ふりがな） |
| 　　　　　 |
| 大学名・学年 | 　　　　　　　　　　　　　　大学　　　　　　　　　　年 |
| メールアドレス |  |
| 携帯電話番号 |  |
| 見学希望日希望の順位を1～4まで記入してください。 | 平成28年12月26日（月）（　　　　）平成28年12月27日（火）（　　　　）平成29年　1月 4日（水）（　　　　）平成29年　1月　5日（木）（　　　　） |
| 翌日の外来見学手術見学を希望される場合は、希望する内容を記入してください。 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

メールでのお申込み先：tgh.kensyu@gmail.com

FAXでのお申込み先：０７６３－３３－１４８７

お問い合せ先

市立砺波総合病院　教育研修部臨床研修科

〒939‐1395　富山県砺波市新富町１番61号

TEL：０７６３－３２－３３２０（内線番号２３３２）

FAX：０７６３－３３－１４８７

Email:tgh.kensyu@gmail.com

※病院見学は随時受け付けております。ご連絡をお待ちしております。